INTRODUCTION EN O R L

ORL est né au XIXe siècle de la nécessité a approfondir par une spécialisation plus poussée l'étude des affections des régions profondes du cou et de la face

L'ORL ne s'est pas faite en un jour mais après une gestation difficile de plusieurs siècle

L'art de guérir qu'est l'ORL joue un rôle immense depuis l'antiquité car les organes dont elle a le charge sont d'une importance exceptionnelle pour l'homme

Sur les 5 sens classiques

3 relèvent du domaine anatomique et physiologique de l'ORL

l'audition

l'olfaction

la gustation

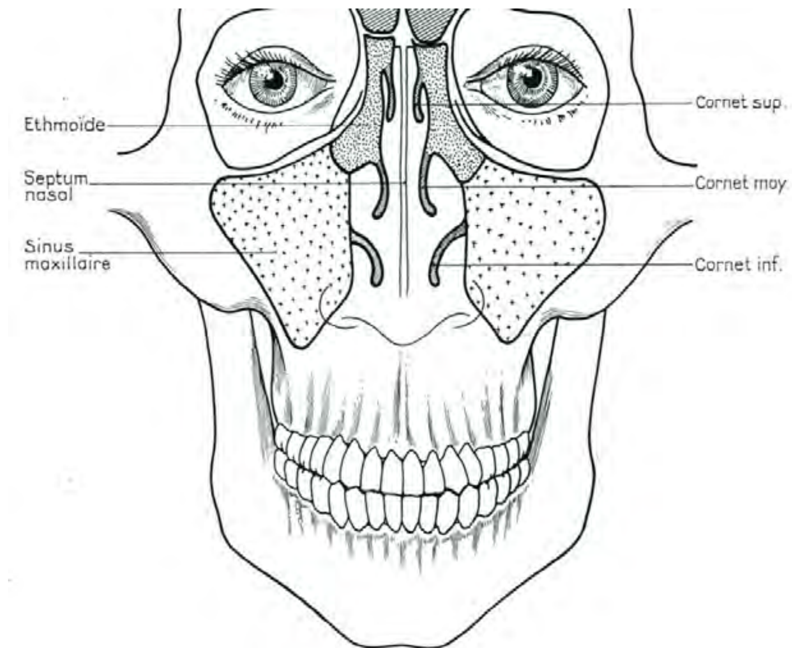
Par ailleurs , le larynx avec les cavités de résonnances buco rhino pharyngée (émetteur et modulateur de la voix et de la parole) éléments de la communication humaine d'où l'importance du

caractère sociale de notre spécialité

ORL est une spécialité médico-chirurgicale , étudie les pathologies concernant

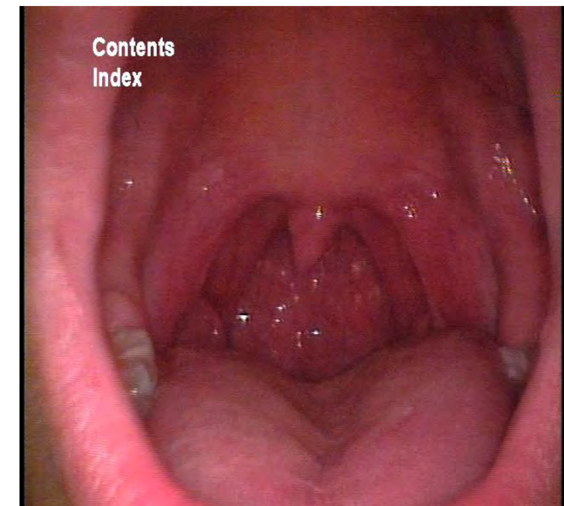
les fosses nasales: (centre de gravite) et cavités annexes



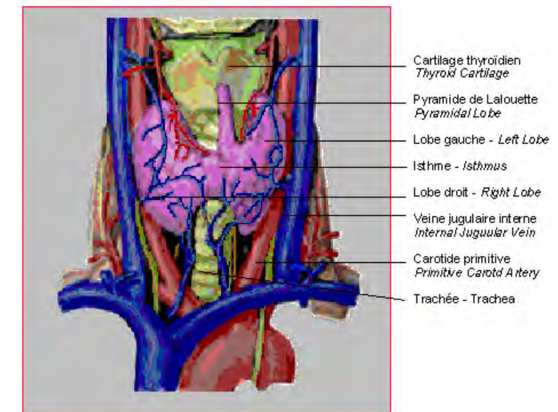


l'oreille : organe de l'audition et de l'équilibre

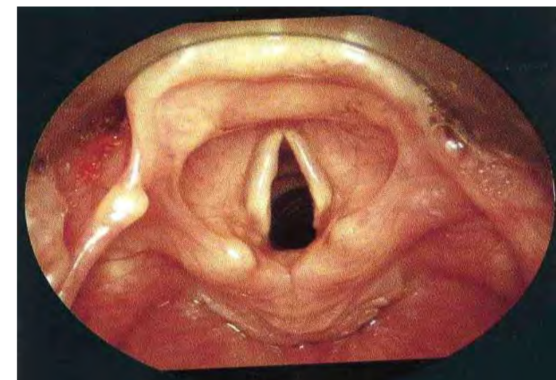




cavité buccale et les glandes salivaires



cou : la thyroide malformation congénitale , les ADP



le larynx : organe de la phonation , de la respiration et de la deglutition

Ce sont les maladies de l’oreille qui furent decrite vers la fin du 1er tiers du siecle dernier . Le larynx et ses maladies commencent a etre connu que plus tard

A la fin du siècle dernier on avait d’un cote des spécialistes de l’oreille appelée des auristes et de l’autre cote des laryngologistes

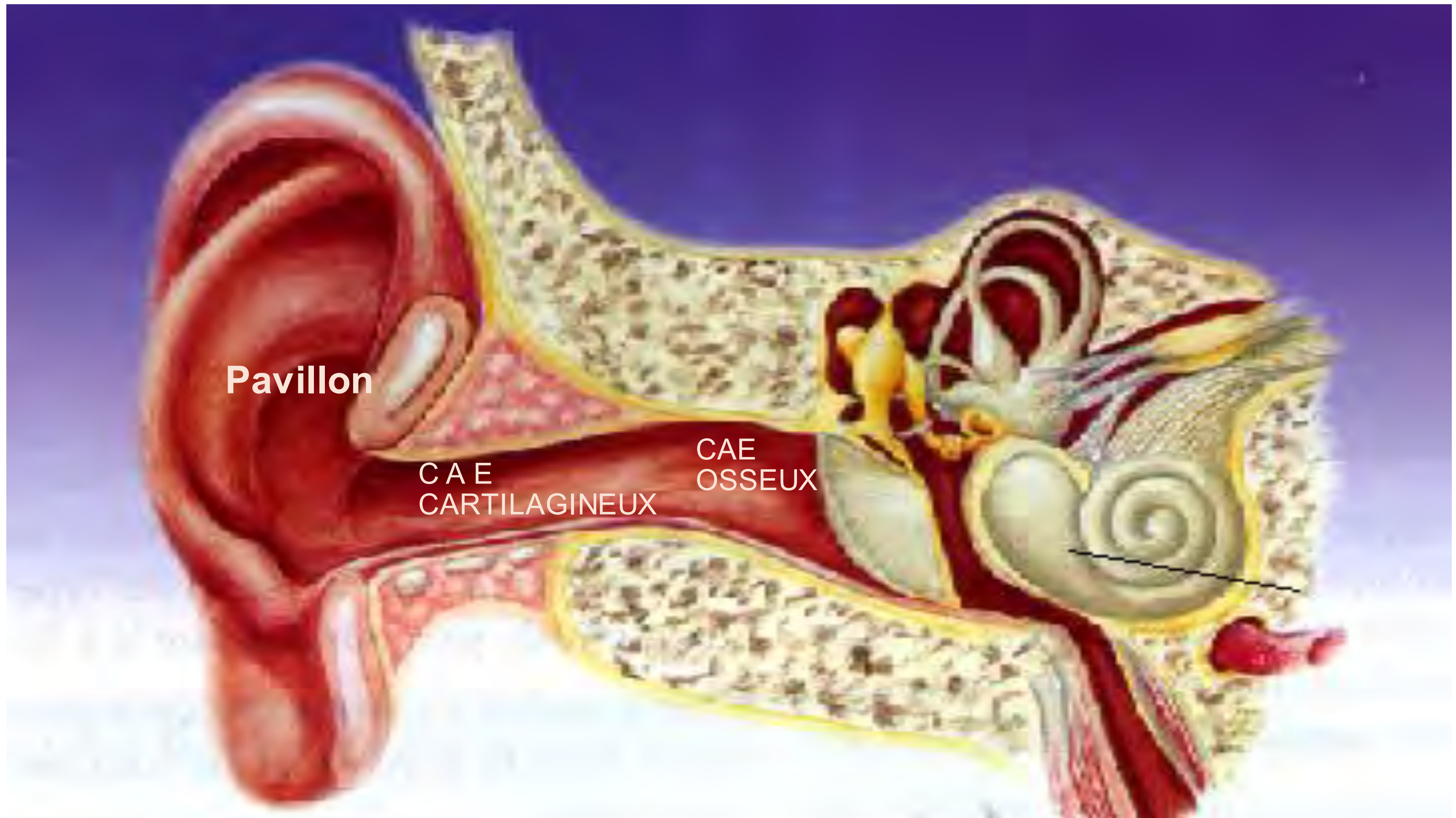
entre eux , un no man’s land le nez et ses maladies n’appartenait ni aux uns ni aux autre et dont chacun pouvait s’approprier un peu

Pathologie de l'oreille externe

Pathologie acquise et congénitale



RAPPEL ANATOMIQUE



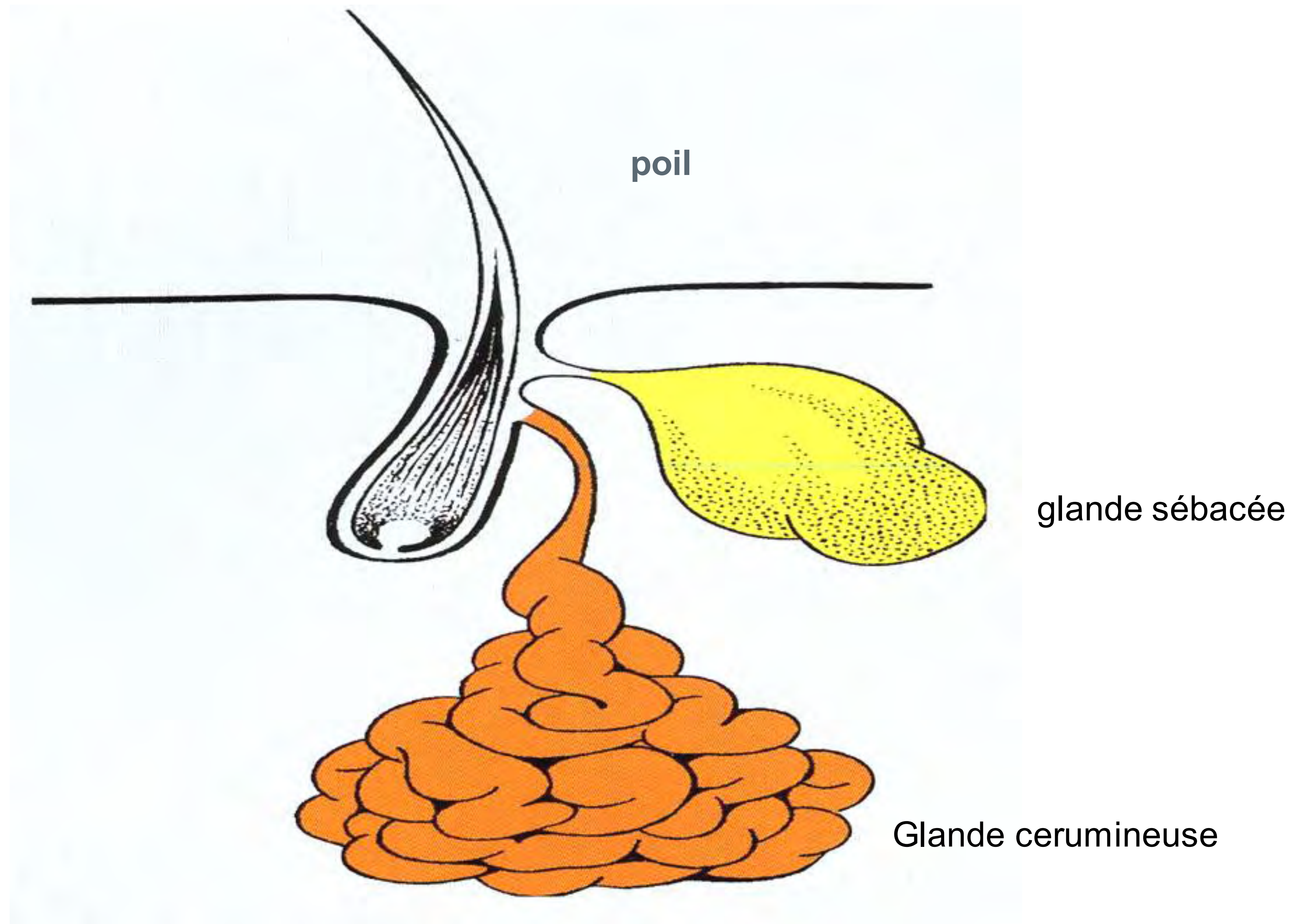
LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE

- LE CAE CARTILAGINEUX :

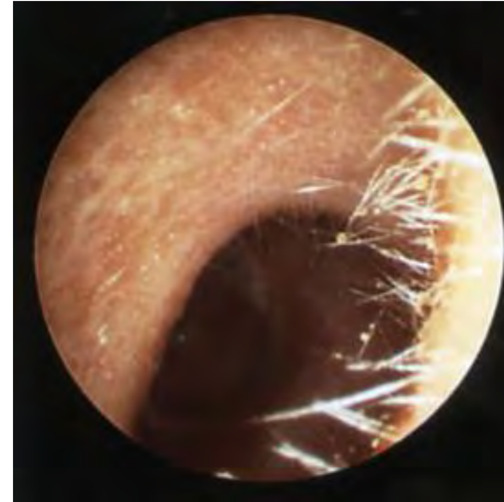
. Longueur : 1/3 du CAE
. Cartilage élastique recouvert par une peau épaisse (1.5 à 2mm)
. Glandes cérumineuses et sébacées qui s'ouvre à la racine d'un poil ou VELLI
. TRAGI

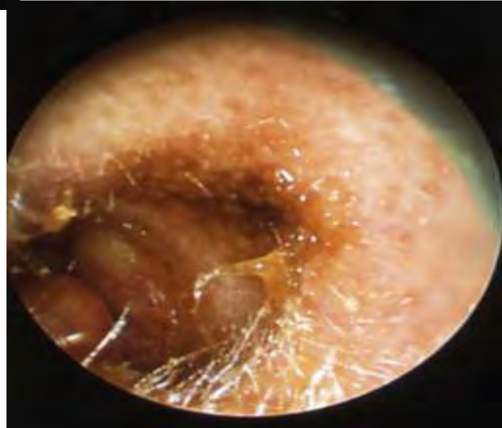


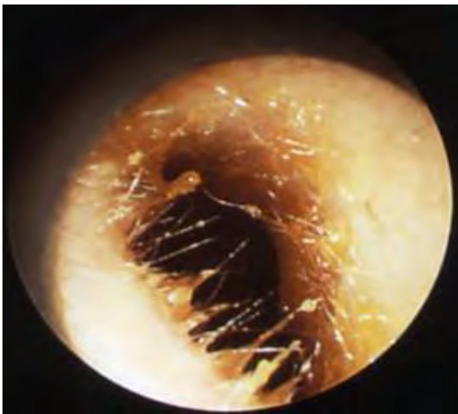



poil
glande sébacée
Glande cerumineuse







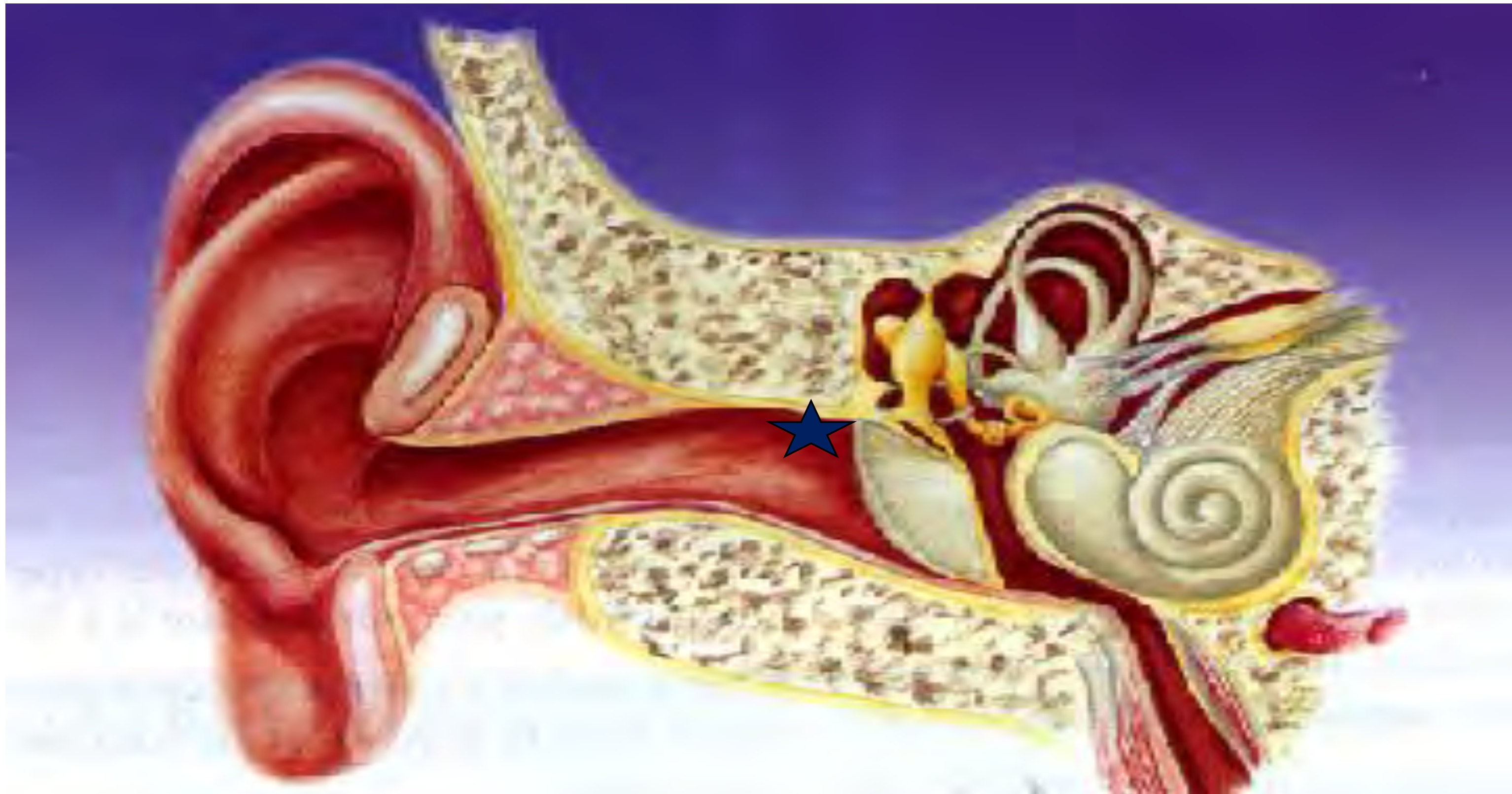


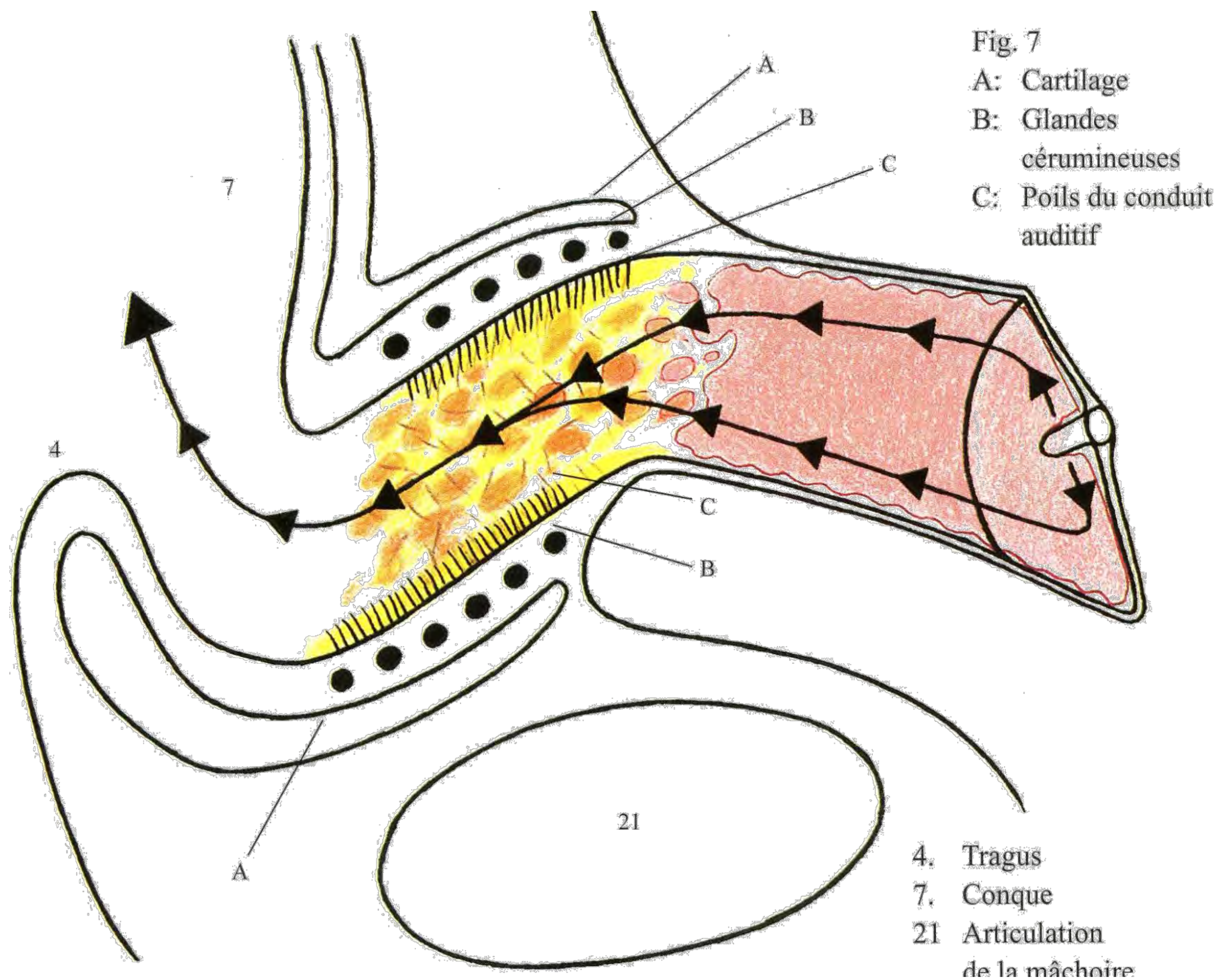


LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE

CAE OSSEUX

- **2/3 de la longueur**
- **Peau fine de 0.10 à 0.15mm**
- **Absence des glandes , et poils**
- **Processus autonettoyant**




Fig. 7
A: Cartilage
B: Glandes cérumineuses
C: Poils du conduit auditif
A
B
C
7
4
C
B
A
21
4. Tragus
7. Conque
21 Articulation de la mâchoire

A - PATHOLOGIE ACQUISE

1- LES CORPS ETRANGERS

INTRINSEQUES

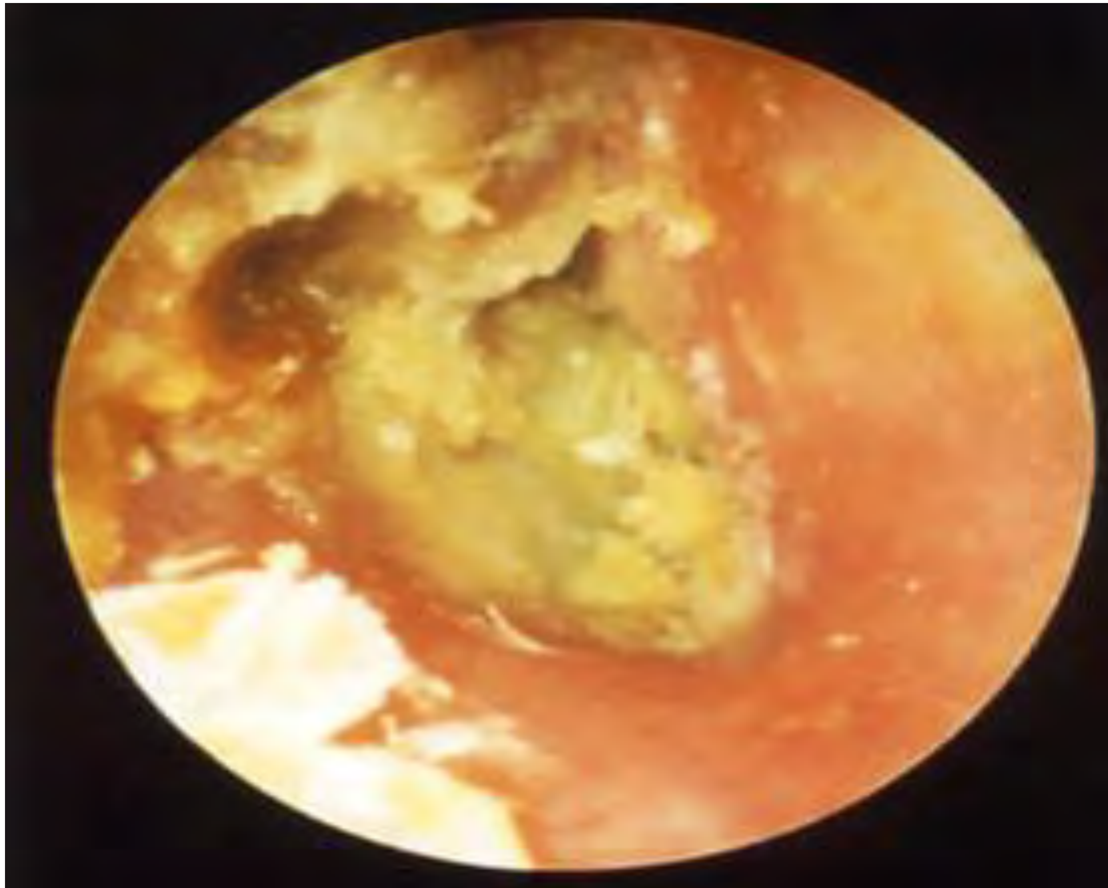
:

- BOUCHON DE CERUMEN

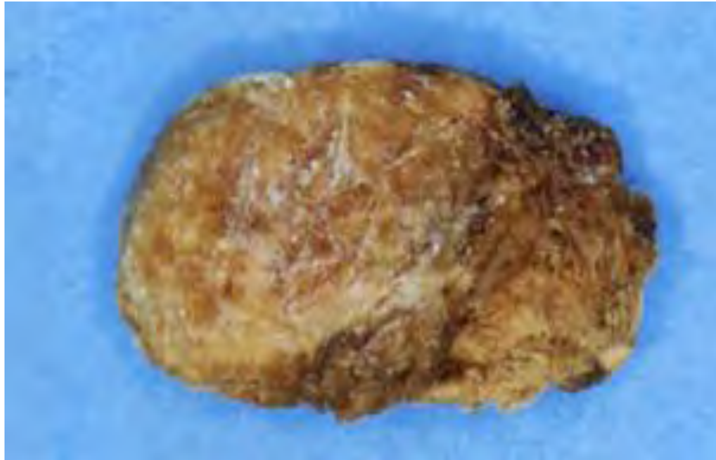


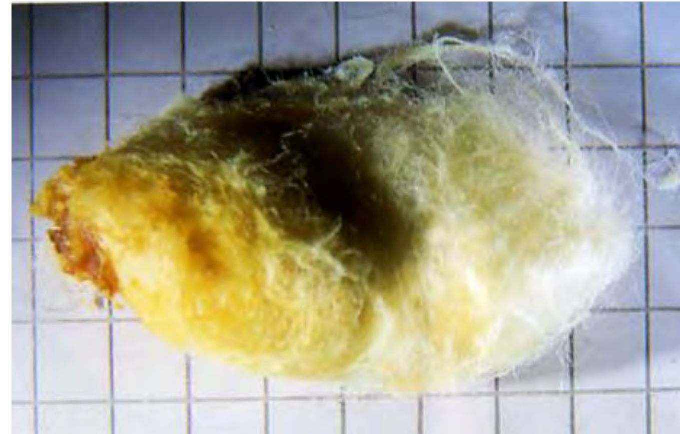


BOUCHON EPIDERMIQUE

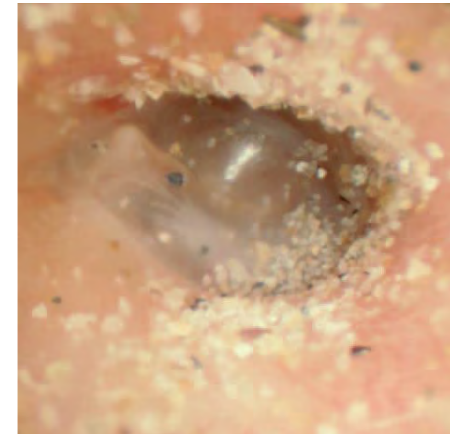


LES CORPS ETRANGER: EXTRINSEQUES













Les complications des corps etrangers

La surinfection est habituelle en cas de séjour prolongé

- **Le traitement** :

dépend de la nature du C E

si C E non enclave : lavage évacuateur

enclave : extraction sous A/G

cas particuliers

insecte : instiller un produit immobilisant (huile qui noie) ou la lidocaine (paralyse)

végétaux : alcool pour les déshydrates

2 LES LESIONS INFECTIEUSES

I- Infections bactériennes :

a - otite externe

b- Furoncle du CAE

c - Perichondrite

I - les infections bacteriennes

a- L'OTITE EXTERNE

- **Definition** : L' Otite externe est une dermo –epidermite qui se développe sur une peau lésée ou ayant des propriétés physico –chimique modifies
- **Les germes responsables** :

Staphylo , strepto ,pseudomonas aeroginosae

- **les facteurs favorisants** :

  climat chaud et humid Étroitesse du C A dermite seborrhique
  port d' embout prothétique

- **clinique**

  Douleurs intenses
  Hypoacousie
  acouphenes

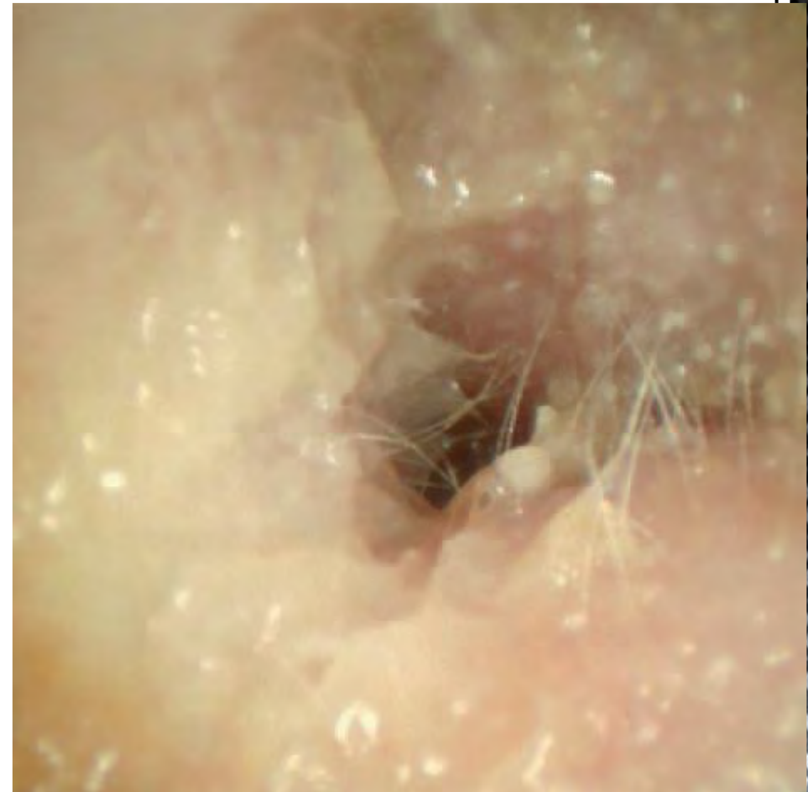
La pression sur le tragus ,la traction du pavillon en arriere exacerbe la douleur

- **L 'examen** : conduit erythemateux avec parfois
- stenose puis collection purulente

- **Le traitement**

  Local aspirations
  calibrage du C A E

  General en cas de complication



Les infections bacteriennes

L' otite externe maligne

- **Infection grave du conduit cause par le pseudomonas aeruginosae**

Survient chez l'immuno deprime essentiellement le diabétique

L' évolution se fait sur plusieurs semaines

La mortalité est élevée

Le point de départ est une lésion du conduit après ablation d'un bouchon de cérumen ou bain de piscine

La douleur est intense a localisation temporale et occipitale

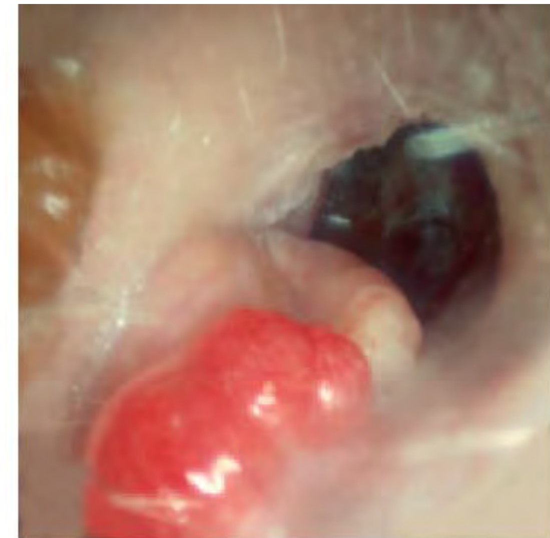
la diffusion du processus infectieux entraîne une ostéite du tympanal et du rocher . progressivement l'ostéite se propage a la base

du crâne avec atteinte des paires crâniennes

Le traitement

ATB : quinolone pendant 8 semaines

bourgeon au niveau du plancher du CAE



Les infections bacteriennes

b- Furoncle du conduit

Folliculite aigue (pilo sebacee) du au staphylocoque dore

Apres traumatisme telle une lésion de grattage

Clinique : douleur intense lancinante

TRT : ATB

mèche



Les infections bacteriennes

c- perichondrite du pavillon

Inflammation du pavillon touchant le cartilage et le perichondre

Peut etre secondaire a

une chirurgie de l’oreille moyenne ,

brulure , traumatisme , otite externe , furoncle

L’evolution spontanée : fistulisation , necrose

Traitement :

double antibiotherapie

drainage chirurgicale si abces est forme



Les différents aspects de chondrite



Chondrite a la phase aigue



Chondrite aigue compliquant un othematome



Aspect de sequelles tardives de chondrite

II- Infections virales

- **Zona auriculaire** :manifestation de recurrence du virus varicelle –zona se manifeste par un syndrome infectieux evoquant un etat grippale il s'y associe un syndrome douloureux associé

- **Eruption** au niveau de la zone de RAMSAY HUNT 24 a 48 H
- **SURDITE UNILATERALE** accompagnee d'acouphenes et /ou d'un syndrome vertigineux
- **PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE** au 5e _ 6e jour

Traitement : corticoïde:pendant 10 jours en iv
antiviraux acyclovir
vasodilatateurs

- **Otite externe phlyctenulaire ou otite grippale**

Infection du au virus de la grippe

L'examen retrouve des bulles hématiques au niveau de la peau du conduit







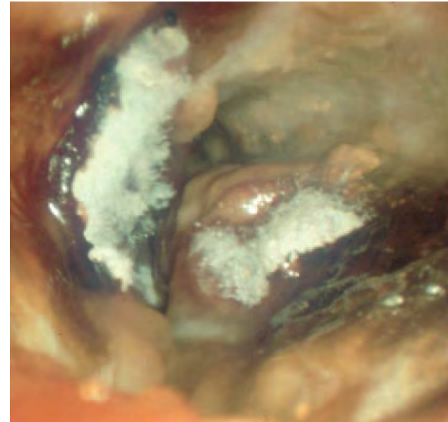
III - Infections mycosiques

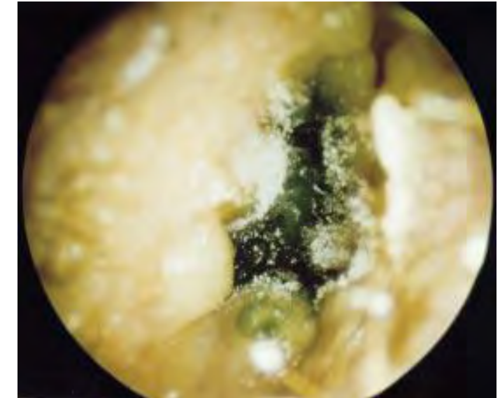
Les otomycoses sont dus

aux champignons

-- Candida albican

- Aspergillus Niger





Ces otites représentent 10 a 20 %des otites externes

Clinique : prurit avec sensation d'oreille bouchée

Examen : formations filamenteuses de differentes couleurs donnant soit



L’otorrhée est rare et indolore

Le traitement : local

antifongique pendant 2 a3 semaines

econazole

daktarin

exoderil

auricularum

VI / PATHOLOGIE ALLERGIQUE ET IRRITATIVE

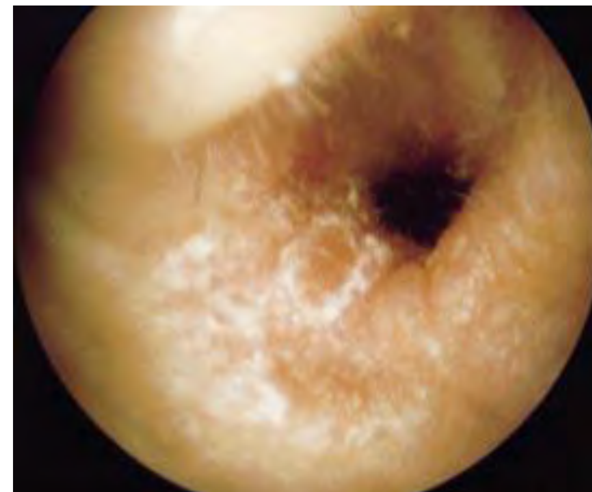
Le prurit : symptôme majeur accompagne de douleurs, de suintement et d'ecoulement

les facteurs favorisants sont :

- **la macération du conduit par le port de casque ou d'embout**
- **le contact avec l' eau savonneuse, detergent , shampooing , eau de piscine**

le traitement : **local (gouttes et pommade a base de corticoides)**





IV LA PATHOLOGIE TUMORALE

les tumeurs bénignes

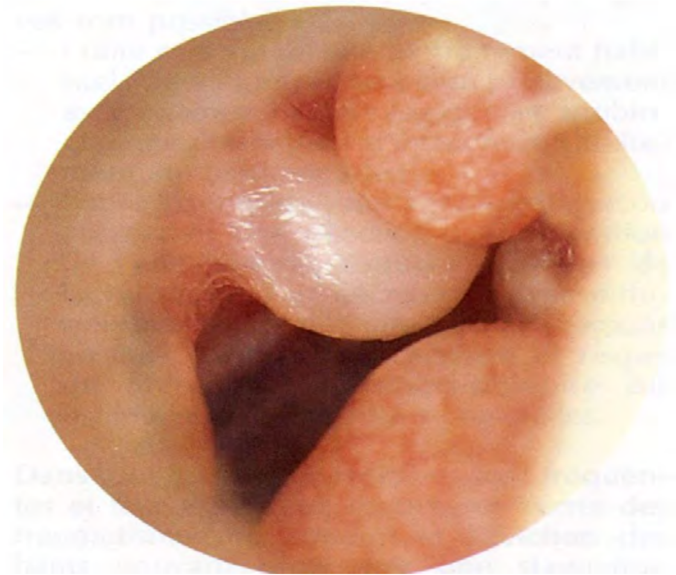
- exostose du conduit

Excroissance osseuse ,reposant sur une large based'implantation
fréquente chez le sujet ayant pratique le sport nautique
Ou le port prolongé de casque d'écoute
les exostoses sont asymptomatiques ,elles deviennent gênantes
Que si elles constituent un obstacle a l'élimination du cérumen



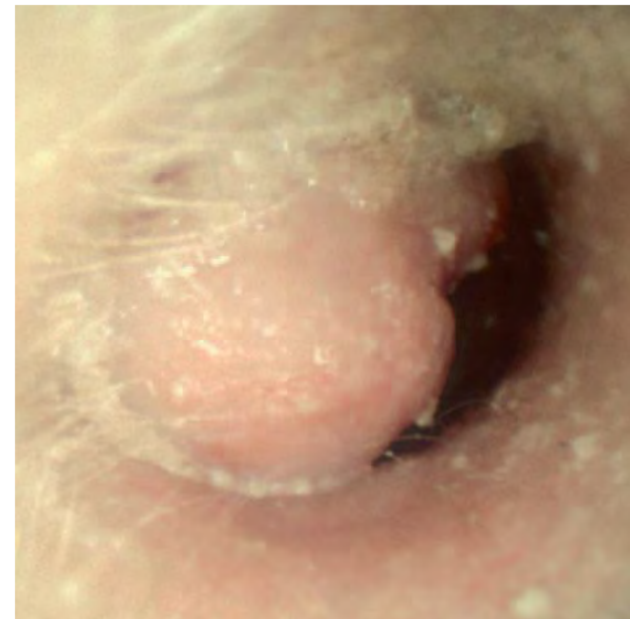


Les osteomes



ils peuvent entraîner une sténose complète ou partielle du conduit auditif .

Lorsque la sténose est complète on peut mettre en évidence une surdité de transmission de 20 a 30 décibels



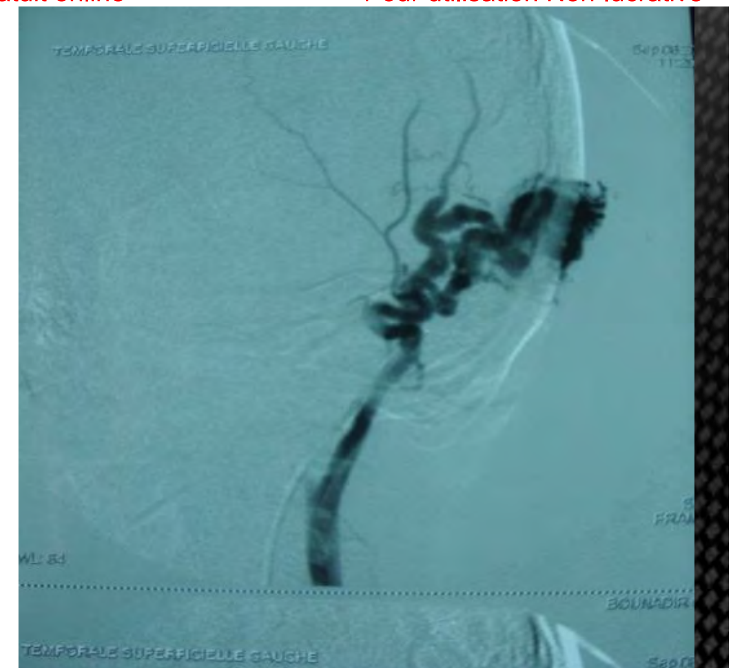
Les tumeurs vasculaires

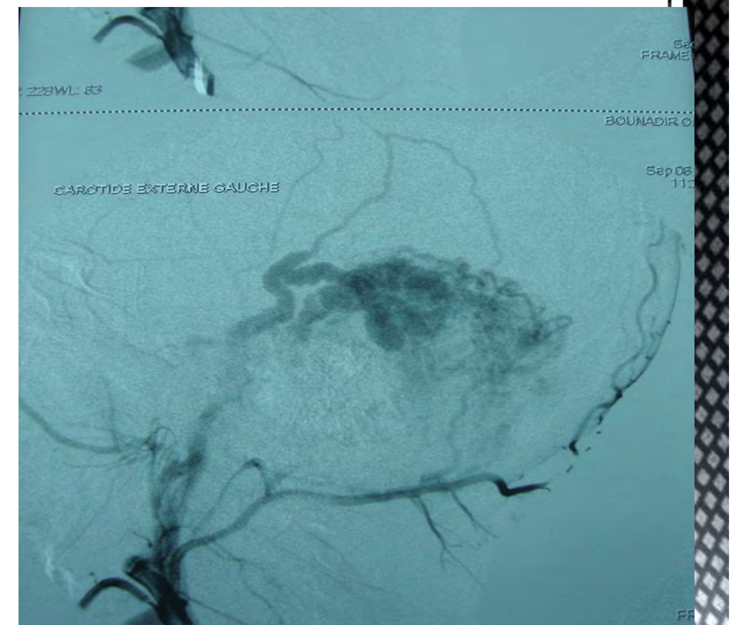


Angiome du CAE

Tumeur vasculaire du pavillon













TUMEURS MALIGNES

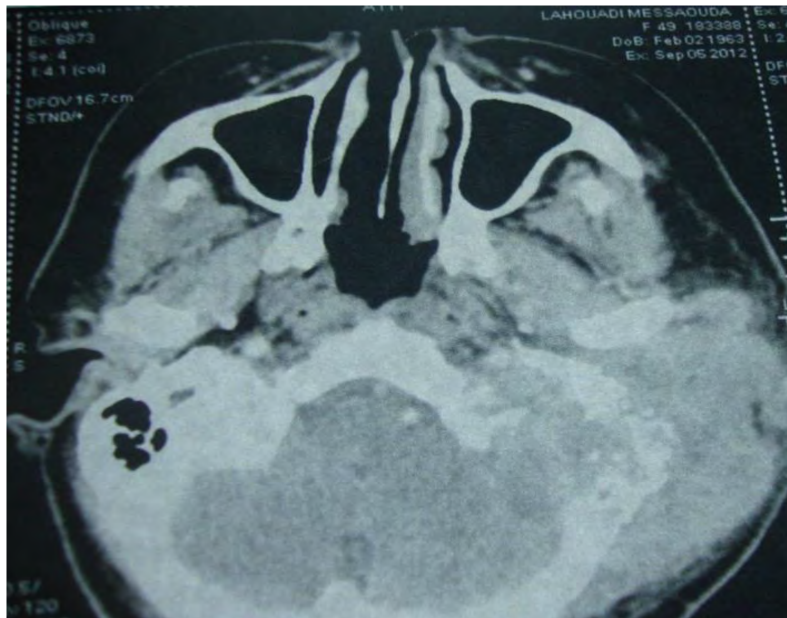
Les EOA spino ou baso cellulaire.

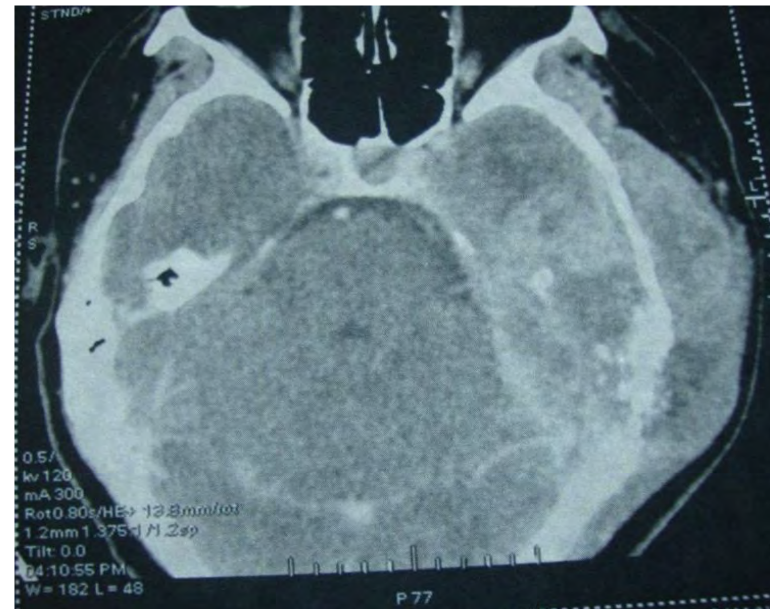
Les tumeurs développées au dépend des glandes cérumineuses sont plus rare





Tumeur de l’Oreille moyenne



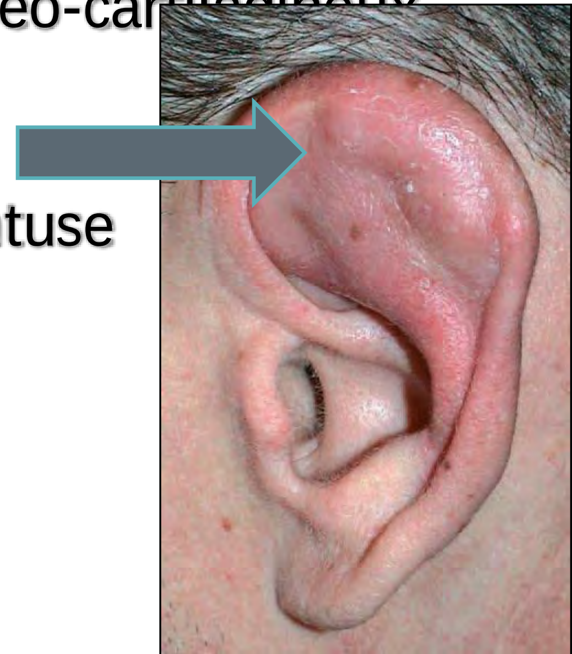


V / PATHOLOGIE TRAUMATIQUE

le pavillon est expose aux traumatismes les plus divers:

Plaies : la riche vascularisation permet des sutures sans nécrose secondaire même lorsque celui-ci est presque détache avec persistance d’un pont cutaneo-cartilagineux

othematome : hématome sous perichondrale secondaire a une plaie contuse fermée



B- PATHOLOGIE CONGENITALE

La pathologie congenitale est malformative :
Imperforation du conduit et agénésie du pavillon
Oreilles décolles
Appendices pré auriculaire
Fistule





Aplasie mineure



Aplasie majeure



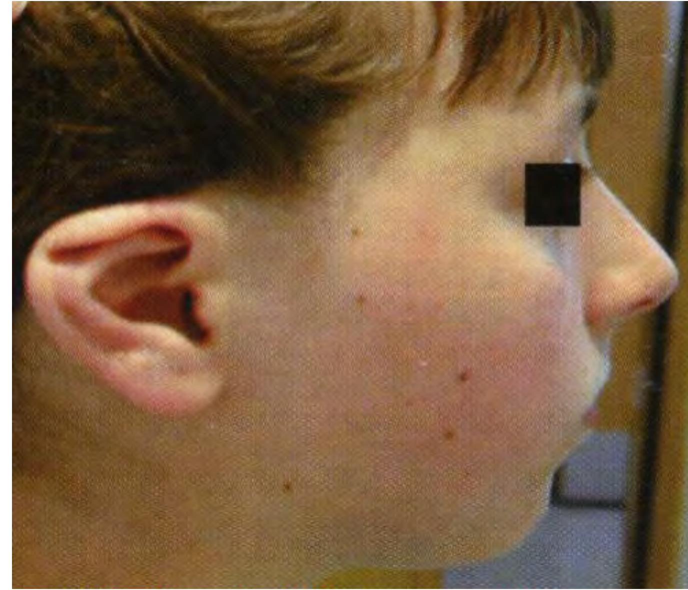
Pavillon en cornet



Microtie



Microtie avec principaux reliefs identifiables



Oreille en cornet



Syndrome branchio renal



Photo 5 - Syndrome Branchio-oto-rénal : résidu branchial cervical sur le trajet de la deuxième fente branchiale.